

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne BONTÉ

Née à la Roche-sur-Yon, le 26 février 1901
Ancienne interne des Hôpitaux de Nantes
(Prix Malherbe 1923)

Pleurésies

**médiastines postérieures symptomatiques
de la dilatation des bronches**

Président : M. ÉMILE SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne BONTÉ

Née à la Roche-sur-Yon, le 26 février 1901
Ancienne interne des Hôpitaux de Nantes
(Prix Malherbe 1923)

Pleurésies

**médiastines postérieures symptomatiques
de la dilatation des bronches**

Président : M. ÉMILE SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	{ ROUVIÈRE.
	{ BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALIE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁹.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale,
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophthalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LœPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

A MON MARI, LE DOCTEUR JEAN BONTÉ

A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ GENDRON

Médecin des hôpitaux
Professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes

Qui nous a fourni les éléments de ce travail.

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LERAT, E. BUREAU (*in memoriam*) OLLIVE

MM. HERGUISTEL, DURBIN, MERINNE,
SEBILLEAU, BRELET, JOUON, LE MEIGNEN,
EEVESQUE, TEXIER,

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Pleurésies

médiastines postérieures symptomatiques

de la dilatation des bronches

Depuis Laënnec qui, le premier, décrivit la pleurésie médiastine postérieure, tous les auteurs étaient d'accord pour reconnaître à cette pleurésie différents ordres de cause : maladies aiguës du poumon : pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène ; maladies chroniques : tuberculose, tumeur maligne, soit enfin une affection du péricarde, une altération des ganglions trachéo-bronchiques ou même une affection des parois thoraciques.

Malgré tout un certain nombre de pleurésies médiastines demeuraient inexplicables.

Or, en février 1927, MM. Rist, Jacob et Trocmé publièrent un mémoire dans lequel ils démontraient par sept observations accompagnées de radiographies que la pleurésie médiastine postérieure adhésive, pouvait être due à une dilatation des bronches, cause demeurée jusque-là insoupçonnée en raison de son invisibilité à l'écran.

Ce fait nouveau dans l'étiologie, constaté grâce à la méthode de MM. Sicard et Forestier permettant de faire des injections intratrachéales de lipiodol, permettait d'espérer que les pleurésies médiastines

d'origine ignorée pourraient être ainsi rattachées à une cause connue.

A cette époque précisément le Dr Gendron avait en traitement tant dans sa clientèle que dans son service du Sanatorium de Chantenay plusieurs pleurésies médiastines postérieures devant lesquelles il demeurait perplexe.

S'inspirant du travail de MM. Rist, Jacob et Troc-mé, il fit radiographier quelques-unes de ces malades après injection de lipiodol intrabronchique et constata la présence de dilatations bronchiques dans quatre cas. Ce sont ces observations que nous voulons rapporter ici à l'appui de la chose de M. Rist et de ses collaborateurs. Nous y joindrons celles d'autres malades atteints de pleurésie médiastine postérieure, observées précédemment par le Dr Gendron. Bien que leur histoire ne soit pas différente des précédentes, il n'est pas possible d'affirmer, dans ces cas, que la pleurésie médiastine était symptomatique de dilatation des bronches, en raison de leur guérison complète par les vaccins et de l'absence de contrôle lipiodolé.

HISTORIQUE

La pleurésie médiastine étant d'un diagnostic très délicat dans ses formes les plus légères, pouvant simuler beaucoup de compressions médiastinales dans ses formes plus sévères, c'est surtout à l'anatomie pathologique et à la radiologie que nous devons de mieux la connaître. Aussi son étude a-t-elle connu deux grandes phases : avant la radiologie, d'abord, pendant le *xix^e* siècle, puis avec l'aide de celle-ci.

Laënnec, le premier, en découvrit l'existence par l'autopsie, puis Andral et Cruveilhier, qui, comme lui, ne purent l'identifier sur le vivant. La première description clinique, devenue classique, du reste, fut l'œuvre de Dieulafoy. L'attention de ce dernier fut attirée vers la forme aiguë purulente, tapageuse, avec empyème, et tout le syndrome des compressions médiastinales postérieures, avec leurs répercussions sur tous les organes de cette région. Peu à peu, on sépara de la péricardite aiguë, la pleurésie médiastine antérieure et Grancher reconnut les formes séreuses.

La radiologie devait aider puissamment la reconnaissance des formes légères des pleurésies médiastines, ombres plus ou moins prononcées déformant les ombres médianes, cardiaque et vertébrale, plus ou moins séparées du cœur dans les positions obliques. Chauffard commença en 1902 cette étude qui fut reprise et complétée en 1910 par MM. Devic Savy et il décrivit les pleurésies médiastines postérieures comme de petites pleurésies bénignes, sans enkystement marqué, se décelant à la radio par une bande verticale paravertébrale, et cliniquement par des signes de compression médiastinale.

Dans un cas il avait noté une matité et un souffle « en équerre » et avait eu 10 centimètres cubes de liquide à la ponction.

Il y eut enfin les observations de M. Fernet, celles de MM. Mollard et Rebattu ainsi que le travail radiologique de M. Herrnheiser en 1913.

Puis, en février 1927, MM. Rist, Jacob et Trocmé montrèrent la coexistence ou mieux la proexistence de dilatations bronchiques à la réaction pleurale. Enfin MM. Emile Sergent et Francis Bordet au moment où nous finissions ce travail, dans une communication faite le 27 mai 1927 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris apportèrent sept observations qui viennent en confirmation de celles de M. Rist et ses collègues.

Ils insistèrent sur la nécessité des injections intra-trachéales de lipridol pour le diagnostic. Depuis l'application de cette méthode d'exploration

on a pu constater que la dilatation des bronches était plus fréquente qu'on ne le pensait. Elle peut exister sans fétidité de l'expectoration et même sans expectoration purulente appréciable.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne nous occuperons ici que des pleurésies médiastines adhésives postérieures consécutives à une dilatation des bronches. Leurs symptômes propres sont assez difficiles à préciser, ceux que l'on observe appartenant en effet plus à la bronchiectasie qu'à la pleurésie elle-même. Quoi qu'il en soit ce sont ceux d'une suppuration intra-thoracique chronique.

Les malades viennent consulter parce qu'ils toussent et crachent abondamment depuis très longtemps : vingt et même trente ans dans un cas que nous rapportons. Au début de l'affection on relève presque toujours une affection pulmonaire aiguë : bronchopneumonie consécutive à la rougeole ou à la coqueluche chez les enfants; bronchite, congestion, pulmonaire chez les adultes.

Depuis cette maladie initiale la toux et l'expectoration n'ont pas de rémission et tendent même à s'accentuer.

La toux est banale, souvent quinteuse et émétisante chez les enfants. L'expectoration est presque le symptôme le plus caractéristique, elle est, quand elle existe, toujours abondante. Le nombre des crachats, en dehors de poussées aiguës, et pendant

les périodes que les malades considèrent presque comme leur état normal, reste toujours entre cinq et vingt unités par jour. Les crachats, tantôt clairs, glaireux, analogues à du blanc d'œuf, sont, d'autres fois, et c'est le plus souvent, franchement purulents, d'aspect nummulaire, jaunes verdâtres, homogènes. Leur odeur peut être fade ou nettement fétide. Enfin l'examen bactériologique y révèle une flore abondante extrêmement variée, où, fréquemment, aucun germe ne prédomine mais où plusieurs examens successifs ne décèlent jamais la présence de bacilles de Koch même après homogénéisation.

L'état général est assez bon, parfois même très bon ce qui semble assez surprenant si l'on considère dans son ensemble l'évolution de la maladie.

Certains malades sont amaigris, d'autres non. De temps à autre, ils ont des poussées thermiques assez élevées pendant quelques jours, et des accidents plus aigus durant quelques semaines avec point de côté, toux violente, et surtout expectoration plus abondante qu'à l'ordinaire. Le nombre des crachats peut alors atteindre la centaine et il peut même y avoir de véritables vomiques successives pendant quelques jours. Parfois même on note des hémoptysies.

Les signes stéthacoustiques varient beaucoup suivant les malades et suivant les moments où on les examine. Un seul signe ne varie pas une fois qu'on l'a trouvé : c'est la matité. Celle-ci est localisée à une base, tout contre la colonne vertébrale.

A ce niveau elle a généralement une hauteur de dix à quinze centimètres environ, hauteur qui décroît à mesure que l'on s'éloigne du rachis.

A l'auscultation, on trouve, à ce niveau, une diminution ou même une abolition complète du murmure vésiculaire.

Il est des cas où l'on ne trouve aucun autre signe. Cependant, on entend souvent des signes de caverne avec souffle cavitaire ou tubaire, gargouillements, râles humides, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone.

De temps à autre, l'orifice de la cavité se bouche et celle-ci devient muette. Les doigts peuvent présenter le caractère hippocratique.

Après l'examen radiologique qui montre, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, l'existence d'une pleurésie médiastine postérieure, on est tenté de penser que le pus expectoré vient du foyer visible à l'écran. En vue d'une évacuation chirurgicale qui semble s'imposer, on essaie une ponction exploratrice. Cette dernière, même pratiquée sous le contrôle de l'écran, reste toujours blanche, et pour cause. Dans une observation rapportée par MM. Rist, Jacob et Trocmé une thoracotomie a été faite et l'on a découvert une pleurésie médiastine sèche, sans foyer purulent.

ETUDE RADIOLOGIQUE

En présence de tels malades, l'examen radiologique s'impose pour dépister la source de la suppuration intra-thoracique.

Au point de vue pulmonaire, l'on ne trouve rien. Les plages sont normales et ne présentent pas d'ombres suspectes. Mais l'on découvre, près du rachis, une opacité d'étendue variable, mais ayant constamment la forme d'un triangle rectangle dont l'hypothénuse est externe et le plus grand côté, vertical, accolé à l'ombre portée par la colonne vertébrale. Le petit côté se confond avec le diaphragme.

Cette opacité est moins dense que celle que l'on trouverait dans un épanchement séreux ou purulent. Le plus souvent on la trouve à gauche et l'on est alors gêné pour bien la voir par l'ombre du cœur dans laquelle elle s'inscrit, l'hypothénuse du triangle devenant alors parallèle au bord gauche du cœur.

Dans ce cas, les diverses positions obliques permettent de séparer l'une de l'autre ces deux ombres, et de différencier les pleurésies antérieures des postérieures.

Comme le fait remarquer Herrnheiser l'on voit d'autant mieux ces pleurésies adhésives qu'elles ne sont pas limitées à l'espace médiastinal mais qu'elles

empiètent sur le sinus costo-médiastinal lui-même.

Après avoir reconnu cette pleurésie, il faut la rapporter à sa véritable cause qui est la dilatation bronchique et mettre celle-ci en évidence. « Dans la dilatation des bronches, écrit M. Cottenot, les ombres hilaires sont anormalement développées et foncées, et elles se propagent fort loin dans le champ pulmonaire, et surtout dans la partie inférieure de celui-ci, en formant des arborisations plus ou moins dessinées : par endroits, des taches de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, sombres ou claires, sont visibles sur le trajet d'une bronche, correspondant à une dilatation moniliforme de celle-ci. »

Dans le cas qui nous occupe, nous ne pouvons pas songer à trouver ces images, puisque la partie inférieure du poumon est voilée par le triangle révélateur de la pleurésie médiastine. Nous devons donc recourir à un artifice, qui est la méthode de MM. Sicard et Forestier. Une injection de lipiodol dans la trachée, suivie d'examen immédiat à l'écran, ou mieux, d'une radiographie, rend visibles, dans le triangle d'ombre paravertébral précédemment observé, une ou, plus souvent, plusieurs dilatations, placées sur le trajet d'une ou de plusieurs bronches elles-mêmes injectées. Ces bronchiectasies sont incluses dans l'ombre de la pleurésie médiastine, et la dépassent rarement ; elles prennent souvent la forme classique de grains de raisin suspendus à leur grappe. Lorsqu'on a vu cette image caractéristique, le diagnostic est fait.

DIAGNOSTIC

Avant d'en arriver là, il a fallu éliminer plusieurs diagnostics. A l'examen clinique, l'on peut penser à la tuberculose pulmonaire, en raison de la toux, de l'expectoration, des signes cliniques cavitaires ; mais l'état général du malade qui reste bon après des années de maladie, l'examen radioscopique qui ne révèle pas de cavernes, l'examen bactériologique, qui ne montre pas de bacilles tuberculeux dans les crachats, écartent cette hypothèse.

La bronchite chronique, chez les sujets d'un certain âge, peut prêter à confusion. Cependant il n'y a pas, dans ce cas, une expectoration aussi abondante, il existe des signes stéthacoustiques différents, l'image radiologique est autre.

Chez les enfants, après une coqueluche, une bronchopneumonie, l'on peut penser à une adéno-pathie trachéobronchique, qui, cependant, ne ferait pas cracher les petits malades. Là encore, un examen à l'écran lèvera les doutes.

Cet examen radiologique est donc indispensable puisqu'il montre l'existence de la pleurésie médiastine et l'absence d'autres lésions. Mais il ne dira pas si la lésion n'est pas due à de la gangrène pulmonaire à laquelle on a bien des raisons de songer, à cause

de l'allure aiguë de certaines phases de la maladie, et surtout à cause de l'abondance et de la fétidité de l'expectoration. Cette interprétation du reste n'est pas erronée dans plusieurs cas lorsque l'examen bactériologique a révélé dans les crachats la flore anaérobie habituelle, et que, dans ces cas, la sérothérapie antigangréneuse a donné les meilleurs résultats. Cependant les accidents gangréneux passent, mais les lésions demeurent. C'est alors qu'il y a lieu de songer à la dilatation des bronches.

De même la radiologie ne renseigne pas sur la nature de la pleurésie : celle-ci est-elle sèche ou purulente ? Lorsque l'état du malade est bon et apyrétique, l'absence de liquide est vraisemblable ; mais lorsque les malades, expectorant abondamment, ont une température élevée, l'on a tendance à considérer la lésion visible à l'écran comme l'origine de l'infection et de la suppuration. A ce moment c'est la ponction exploratrice, pratiquée au besoin sans le contrôle de l'écran, qui montrera que le foyer purulent n'est pas là, et qu'il faut chercher ailleurs.

Le diagnostic positif se basera donc : sur l'ancienneté de la maladie contrastant avec le bon état général, sur la persistance de la toux et l'abondance de l'expectoration, sur l'existence d'une pleurésie médiastine sèche, et surtout sur l'image radioscopique des bronches injectées de lipiodol.

ETIOLOGIE

Nous avons dit que la cause de certaines pleurésies médiastines adhésives était une bronchiectasie invisible à l'écran sans une technique spéciale. Les bronchiectasies sont elles-mêmes secondaires à une affection pulmonaire aiguë ou chronique, de l'enfance le plus souvent, parfois de l'âge mur.

On relève en effet fréquemment, à l'origine de la toux dont se plaignent ces malades, une rougeole ou une coqueluche plus ou moins compliquée de bronchite trainante. Il est permis de penser que la dilatation des bronches remonte à cette époque. Est-elle due à l'infection primitive et se trouve-t-elle amorcée anatomiquement dès ce moment, ou bien est-elle plutôt la conséquence de la bronchite chronique et de l'adénopathie trachéo-bronchique qui en résultent, il est assez difficile de le dire.

MM. Guéron et Levesque ont publié récemment un mémoire dans lequel ils étudient les « images radiologiques des séquelles des maladies aiguës des voies respiratoires ». Ils ont examiné des enfants dont la maladie présentait une allure trainante. S'il leur est arrivé de voir des ombres médiastines triangulaires analogues à celles dont nous nous occupons, ils

n'ont jamais trouvé de dilatation des bronches après injection de lipiodol intra-trachéal.

La bronchiectasie n'existerait donc pas immédiatement après l'accident pulmonaire aigu, mais se constituerait lentement pendant des années, à la faveur de la sclérose pulmonaire due à la bronchite chronique.

Quoi qu'il en soit, cette dernière peut provoquer la bronchiectasie et lorsqu'on ne trouve pas la maladie dont la bronchite représente les séquelles, peut-être faut-il incriminer la syphilis pulmonaire dont le processus de sclérose agirait de façon identique.

La pleurésie médiastine n'est ensuite qu'une réaction de voisinage de la séreuse pleurale. La bronche dilatée est en effet sujette à l'infection et à la suppuration, grâce aux germes variés qui s'accumulent dans sa cavité, d'où réaction du parenchyme pulmonaire environnant. La plèvre médiastine étant la plus proche du foyer d'infection il est naturel qu'elle participe à ce processus inflammatoire.

Ce qui conduit MM. Rist, Jacob et Trocmé à se demander si les bronchiectasies ne seraient pas également à l'origine de certains empyèmes médiastinaux dont l'étiologie paraît obscure.

Néanmoins la dilatation des bronches, maladie à évolution chronique, produit, semble-t-il, plus souvent une réaction pleurale sèche et adhésive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée)

(Rist, Jacob et Trocmé, in *Annales de Médecine*,
t. XXI, n° 2).

L..., Germaine, papetière, âgée de 20 ans, vient consulter le 12 août 1924. Rougeole à l'âge de 2 ans. Tousse et crache depuis.

Le 4 mai 1924, poussée aiguë avec hémoptysie, fièvre entre 38°5 et 39 degrés toux et expectoration abondante.

Reste alitée jusqu'à la fin de juin.

Examen stéthacoustique : rien. A l'écran : ombre triangulaire à hypoténuse externe débordant à droite l'ombre cardiaque et dont le petit côté se confond avec la partie interne du diaphragme droit. Sinus costo-diaphragmatique droit ankylosé et oblitéré.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 12 septembre, nouvelle hémoptysie avec pus fétide pour la première fois. Température à 40 degrés.

Pouls rapide et faible. Prostration. 70 à 90 expectorations par vingt-quatre heures. L'examen radiologique et les signes stéthacoustiques font penser à une pleurésie purulente symptomatique d'une gangrène pulmonaire corticale. Les ponctions exploratrices restent négatives.

Sérothérapie antigangréneuse amenant une amélioration notable.

Mais les antécédents étaient si suggestifs d'une bronchectasie que le 13 octobre on pratique une injection intra-trachéale de lipiodol.

A l'écran on vit alors des dilatations bronchiques nombreuses en grains de raisin, incluses dans l'ombre triangulaire précédemment observée. A la suite de l'injection, diminution rapide de l'expectoration (25 par 24 h.).

Le 9 février 1925. — Phrénicotomie droite avec ascension du diaphragme droit de 5 centimètres. Les crachats sont réduits à 15 par jour. Grosse amélioration de l'état général.

Le 15 juillet nouvelle poussée (la malade était enceinte de 3 mois) expectoration profuse (80 par jour). Etat général très altéré. Condensation massive du poumon droit avec souffle tubaire et nombreux râles humides. Sérothérapie impuissante.

La malade succombe le 27 octobre après des accidents d'ordre pyohémique.

L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION II (résumée).

(Rist, Jacob et Trocmé, *loc. cit.*).

M. C. Charles, 58 ans. Opéré en avril 1924 par le Dr Th. de Martel ; gastroentérostomie pour sténose médiogastrique.

Suites opératoires d'abord normales, puis brusquement

à la fin de la troisième semaine : frisson, fièvre à 40 degrés, douleur thoracique à gauche, crachats de pus très fétide. Zone de matité avec souffle et râles à la base gauche, puis à droite.

En juillet 1924, encore un peu de fébrilité.

Rien à gauche, mais foyer d'ombre à la base droite avec tout autour une réaction pleurale fermant et immobilisant le sinus costo-diaphragmatique droit.

Le 17 juillet, nouveau point de côté. A l'écran : ombre triangulaire dense à gauche, inscrite dans l'ombre cardiaque.

En arrière et à gauche, zone de matité correspondant à l'ombre observée. Le foyer droit avait diminué.

L'intervention chirurgicale est déconseillée en raison de la bilatéralité des lésions.

Cinq mois après l'état a nettement empiré. Les ponctions exploratrices restent négatives.

Injection de lipiodol dans la trachée montrant une grappe de dilatations bronchiques exactement encadrée par l'ombre triangulaire.

Mort peu de jours après.

OBSERVATION III (résumée).

(Rist, Jacob et Trocmé *loco. citato*).

Mlle D..., Marguerite, 16 ans, vue le 5 décembre 1924.

Tousse depuis une rougeole suivie de bronchite. Toux fréquente au réveil avec expectoration purulente abondante. Celle-ci devient fétide en juin 1924. La malade s'es-souffle facilement. Point de côté.

A l'examen, matité de la base de l'hémithorax gauche. Souffle bronchique, quelques râles.

A l'écran : ombre triangulaire très foncée, juxta-vertébrale gauche inscrite dans l'ombre cardiaque dont elle se distingue nettement dans les examens obliques.

Pas de fièvre. 10 à 12 crachats par jour, très fétides. Etat général assez satisfaisant, doigts hippocratiques.

Injection intratrachéale de lipiodol montrant à l'écran une grappe de dilatations bronchiques incluses dans l'ombre triangulaire anormale.

Le 15 janvier 1925, pneumothorax artificiel qui réussit parfaitement.

En mai 1926 l'expectoration était complètement tarie. La guérison définitive est probable.

OBSERVATION IV (résumée)

(Rist, Jacob et Trocmé, *loc. cit.*).

Mlle G..., 37 ans. Bronchiectasie diagnostiquée à l'âge de 13 ans. Hémophysies profuses et poussées infectieuses fébriles. Pleurésie purulente de la grande cavité à 29 ans. Résection costale.

A l'examen radiologique : ombre rétro-cardiaque triangulaire du type classique des ombres de pleurésie médiastine. Après injection intra-trachéale de lipiodol : images typiques de bronchiectasies non exclusivement limitées à l'aire triangulaire.

Une tentative de pneumothorax artificiel est infructueuse à cause d'une symphyse pleurale indissociable.

OBSERVATION V

(Rist, Jacob et Trocmé, *loco citato*).

Mme H... Thérèse, âgée de 47 ans, vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois le 30 avril 1924 parce qu'elle tousse et expectore depuis l'âge de 42 ans à la suite d'une affection pulmonaire aiguë qui a été qualifiée de bronchite, mais sur laquelle nous n'avons pu avoir de renseignements précis. Elle a de la dyspnée, de fréquentes petites hémoptysies. Elle émet tous les matins 5 ou 6 expectorations purulentes, de mauvaise odeur. A noter une chorio-neuro-rétinite de l'œil droit, que, dans le service ophtalmologique, on considère comme pouvant être d'origine syphilitique, malgré un Wassermann négatif. A l'examen radioscopique, on constate une ombre triangulaire médiastine postérieure gauche dans l'ombre cardiaque. Cette ombre est surtout apparente dans l'examen postérieur.

Après injection intratrachéale de lipiodol, on voit, dans le triangle d'ombre sus-mentionné, 3 dilatations ampullaires, en grains de raisin, appendues à une bronche de calibre normal.

OBSERVATION VI (résumée)

(MM. Rist, Jacob et Trocmé *loco citato*).

M. M. Desiré, 43 ans.

Intoxiqué par l'ypérite en 1918. Soigné dans les hôpitaux militaires jusqu'en 1917 où il fait une « broncho pneumonie » Depuis hémoptysies répétées à intervalles variables jusqu'en novembre 1920. Réformé alors à 100 % comme tuberculeux

en 1921 ; pension réduite à 80 % avec le diagnostic de « bacillose pulmonaire sans bacilles ».

En 1922, succession de pseudo-vomiques purulentes ; on fait le diagnostic de pleurésie interlobaire gauche. Depuis, état stable. Expectoration matinale abondante non fétide, sans bacilles. Dyspnée modérée.

A l'examen radioscopique, ombre triangulaire juxta-vertébrale gauche inscrite dans l'ombre cardiaque, correspondant à une zone de matité triangulaire avec souffle bronchique.

Après injection intra-trachéale de lipiodol on voit une large flaque, dans le triangle d'ombre anormale, se prolongeant vers le bas par 5 digitations courtes et trapues.

Pneumothorax artificiel avec décollement pleural assez complet, mais collapsus insuffisant.

Le malade s'est refusé à une thoracoplastie extra-pleurale.

OBSERVATION VII (résumée)

(dûe à l'obligeance du P^r Lecène (Rist, Jacob et Trocmé).

D... Jean, 16 ans. Tousse depuis mai 1924 et expectore du pus fétide sans bacilles. Maigrit. Un peu de fièvre. En septembre 1925, à l'examen radiologique, ombre anormale de pleurésie enkystée juxta-vertébrale droite. Pleurotomie pratiquée en décembre 1925 par le D^r Labeyrie et Ertaud (de Nantes) ; on découvre une pleurésie adhésive. L'expectoration fétide augmentant, et des hémoptysies étant survenues après un nouveau cliché radiographique montrant un triangulaire juxta-vertébrale droite, on fait une injection intra-trachéale de lipiodol. Celle-ci détermine l'apparition,

dans l'ombre triangulaire anormale d'images de nombreuses bronchiectasies pulmonaires.

Phrenicotomie droite.

OBSERVATION VIII

(communiquée par M. le Dr Gendron).

Mlle Marie P..., 20 ans, nous est adressée par notre confrère le Dr Daudon. Cette jeune fille a toujours été en bonne santé jusqu'à l'année 1919 où elle commence à tousser et à cracher. Son expectoration se stabilise autour de 15 à 20 crachats purulents, expulsés, en majeure partie, le matin.

Elle n'en éprouve que peu de fatigue générale, n'a pas de fièvre, et, en somme, se maintient en bon état de santé malgré son infirmité.

Nous la voyons la première fois le 12 janvier 1925. C'est une jeune fille plantureuse pesant 60 kilos. La sonorité du thorax est normale, mais à la base gauche près de la colonne vertébrale, nous constatons un souffle tubo-pleural, de la pectoriloquie, de la bronchophonie, et, après la toux, quelques râles bulleux.

L'examen radioscopique montre, s'inscrivant dans l'ombre cardiaque, une opacité ayant la forme d'un triangle rectangle dont l'hypothénuse est externe. Il s'agit d'une pleurésie médiastine postérieure typique.

Les crachats examinés par le Dr Ballet contiennent différents germes parmi lesquels prédomine le pneumocoque. Il n'est pas constaté de bacilles de Koch.

Nous soumettons cette malade au traitement par le

broncho-vaccin Carrion, dont elle reçoit une série de piqûres sans amélioration notable, de telle sorte que nous la revoyons le 13 septembre exactement dans le même état.

Elle revient nous consulter le 19 février 1927. Elle émet toujours une douzaine de crachats par jour, présente les mêmes signes cliniques, mais son état général est aussi bon.

Une radiographie et une réduction de cette radiographie dues à l'habileté technique de notre confrère le Dr Dano, montrent avec exactitude l'aspect de la pleurésie médiastine.

En présence de cette suppuration intra-thoracique datant de huit ans, et de cette ombre pathologique que nous constatons depuis un an, nous étions tout naturellement conduits à penser que la suppuration provenant de la pleurésie médiastine, comme les vaccins avaient échoué, et comme le pneumothorax n'avait guère de chance de décoller et de collaber la pleurésie médiastine, nous étions fort perplexes sur la thérapeutique à appliquer pour débarrasser cette jeune fille de son infirmité.

Nous en étions là de nos réflexions lorsque nous prîmes connaissance du mémoire de MM. Rist, Jacob et Trocmé dans les *Annales de Médecine* de février 1927. Ces auteurs montrent avec l'appui de 7 observations analogues aux nôtres, que la pleurésie médiastine est souvent symptomatologique d'une dilatation des bronches. C'est-à-dire que l'expectoration provient des bronches dilatées invisibles à l'écran, alors que la pleurésie, très visible radiologiquement, est une réaction de voisinage, sèche et adhésive.

Nous avons donc voulu vérifier si notre malade n'était pas atteinte de bronchiectasie et le Dr Levesque injecta, avec beaucoup d'habileté, par la glotte 15 centimètres cubes de lipiodol.

Une bonne radiographie prise au moment opportun par notre collègue le Dr Bianchi (et dont la réduction fut encore faite obligeamment par le Dr Dano) montre, avec netteté dans l'ombre de la pleurésie 3 dilatations bronchiques (fig. 1).

Notre cas est donc tout à fait analogue à ceux rapportés par M. Rist et ses collaborateurs. La pleurésie médiastine était une réaction secondaire de voisinage à la dilatation des bronches et la thérapeutique devait viser cette dernière

Nous avons institué un pneumothorax. La bulle gazeuse a séparé la base du poumon de la coupole diaphragmatique, des côtes, et de la région cardiaque. L'ombre de la pleurésie médiastine n'a pas suivi l'ascension pulmonaire. Elle est restée en place, adhérente au diaphragme, avec sa forme primitive.

Dès les jours suivants, l'expectoration diminue de moitié.

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. le Dr Gendron).

Mme G..., 40 ans. Entrée au sanatorium de Chantenay le 27 novembre 1926.

Son mari, gazé à la guerre, est mort de tuberculose pulmonaire en 1926, après être resté deux ans alité. La malade vivait avec lui.

Un frère mort de fièvre typhoïde ; un autre mort ainsi que sa femme, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A 15 mois, broncho-pneumonie très grave, si bien que, marchant avant sa maladie, la malade ne put le faire ensuite avant 3 ans 1/2. Depuis ce temps, toux persistante. A 5 ans, coqueluche dont elle ne peut préciser la durée. A 12 ans, rougeole, puis scarlatine. En 1917, fièvre typhoïde avec hémorragie intestinale. En 1919, congestion pulmonaire depuis laquelle la malade « s'enrhume » facilement. Mais, surtout depuis l'an dernier, la malade tousse davantage, a des crachats épais, quelquefois des sueurs nocturnes. Elle dit avoir beaucoup maigri pendant sa typhoïde, et n'avoir jamais depuis lors regagné son poids initial.

Entre au sanatorium de Chantenay le 27 novembre 1926. Trois semaines avant, la malade a été prise d'un point de côté violent en arrière du thorax, à droite, puis de température élevée, atteignant parfois 40 degrés, dit-elle. En même temps elle toussait davantage et expectorait beaucoup. Pendant cinq ou six jours elle a « vomé du pus » (c'est son expression) une fois par jour environ, surtout dans l'après-midi.

A son entrée, température : 39°8 le soir. A l'examen : matité à la base droite. A la partie moyenne du poumon droit l'on entend un souffle tubaire un peu aigu, avec craquements humides, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone, et, à la base, quelques frottements. Poumon gauche : quelques râles humides.

Examen radioscopique : à droite : ombre paravertébrale en forme de triangle rectangle, à hypothénuse supéro-

externe. A la base gauche, ombre floue, moins intense, sans contours nets.

Evolution : du 27 novembre au 9 décembre 1926, température irrégulière et élevée, oscillant entre 38 degrés et 39°8. La malade expectore 30 crachats environ par vingt-quatre heures.

9 décembre. — Température 37°2-37°8. Dix crachats par jour. A partir de cette date, l'on injecte une ampoule de vaccin antipneumococcique de Minet tous les quatre jours.

18 décembre. — Même état, 10 crachats par jour. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Tension artérielle 11-7 1/2.

2-3 janvier 1927. — Poussée thermique pendant deux jours. Le premier jour 38°2-39 degrés, le deuxième 38°-39°8. Le second jour, la malade rend 45 crachats. Puis tout rentre dans l'ordre.

Pendant le mois de janvier, la malade fait, de temps à autre, le soir, 38 degrés de température, ainsi qu'en février et mars. Dix crachats, par jour environ, à cette période. En avril, le nombre des crachats varie de 10 à 20 par jour.

13 avril 1927. — Etat général satisfaisant. La malade tousse par quintes, durant une à deux minutes, sans crachats. La quinte finie, en toussant une ou deux fois, elle ramène un crachat, de couleur jaune verdâtre, épais, homogène, d'aspect nummulaire.

A l'examen : poumon gauche, matité de 4 à 5 travers de doigt à la base, plus nette près du rachis que de la ligne axillaire. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire à ce niveau Bronchophonie. Pectoriloquie aphone. A la limite supérieure de cette zone, souffle caverneux et craquements humides.

Poumon droit : submatité à la base, quelques râles fins à l'auscultation.

Examen radioscopique : ombre triangulaire le long du rachis, s'inscrivant dans l'ombre cardiaque.

20 avril. — Injection intratrachéale de lipiodol, dans l'aire du triangle précédemment observé : dépôt de lipiodol en forme de grains de raisin (fig. II).

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le Dr Gendron).

Mlle C..., 54 ans. Entrée le 3 novembre au sanatorium de Chantenay.

Deux frères morts, l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre de tumeur du rein.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans. A 20 ans la malade commence à tousser, sans cause apparente, sans fièvre. Toux sèche d'abord, puis suivie de crachats. Depuis cette époque, la malade n'a jamais cessé de tousser. En février 1924, elle eut une maladie, qu'elle qualifie de grippe, soignée sans médecin, pendant trois mois, avec point de côté à la pointe de l'omoplate gauche, toux fréquente, crachats épais. Par la suite, la malade tousse de plus en plus, dit avoir maigri et avoir eu des sueurs nocturnes avec sensation de fièvre le soir.

A partir du 15 octobre 1926 elle eût pendant dix-sept jours une hémoptysie légère, consistant en un peu de sang mélangé aux crachats, ce qui la détermine à se faire soigner.

3 novembre 1926. — Entre au sanatorium de Chantenay. Le jour de l'entrée, température 38°-38°5, aux environs de 37 degrés les jours suivants. La malade tousse beaucoup et a à peu près 20 crachats par jour. Pas de bacilles de Koch à l'examen microscopique. Rien à l'auscultation.

Novembre et décembre 1926. — Etat stationnaire ; tous les cinq ou six jours, élévation thermique, le soir, à 38 degrés. Expectoration abondante allant jusqu'à 30 crachats certains jours. On injecte à la malade une ampoule de vaccin de Minet tous les quatre jours.

Février, mars 1927. — Température normale, 5 à 10 crachats par jour. La malade a engraisé de 1 kilogramme en deux mois.

Avril 1927. — Etat général satisfaisant. La malade se plaint cependant de faiblesse générale. Elle tousse toujours. Ses crachats sont jaunâtres, épais, homogènes, non déchiquetés sur les bords.

L'examen des poumons révèle seulement un peu d'emphysème de chaque côté.

A l'examen radioscopique, l'on voit à la base gauche une ombre triangulaire accolée au rachis, superposée à l'ombre cardiaque, et plus étendue que celle-ci en dehors.

Injection de lipiodol le 13 avril, dépôt de lipiodol dans l'aire du triangle vu précédemment (fig. III).

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Gendron).

Mlle Raymonde G..., 19 ans. Entre à Chantenay le 21 mars 1927.

En 1922, la malade fit une pleurésie droite, qui la tint alitée un mois. Elle tousse depuis cette époque, surtout le soir. Elle contracta la grippe en janvier 1927, et resta quinze jours alitée. Depuis lors elle tousse de plus en plus et a, deux ou trois fois par jour, un crachat jaune, épais, légèrement fétide. Au début de mars, elle eut une hémoptysie de peu d'importance.

A son entrée, elle souffrait d'un point de côté thoracique persistant, à droite. A l'examen l'on trouva : à la base droite, matité, avec abolition du murmure vésiculaire à ce niveau, et quelques râles fins après la toux. Pas de fièvre. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

24 mars. — Elévation passagère de la température à 38 degrés. Injection d'une ampoule de vaccin de Minet.

25 mars. — Examen radioscopique : l'on voit une ombre triangulaire para-vertébrale à la base droite.

1^{er} avril. — Nouvel examen radiologique après une injection de lipiodol intra-trachéale : l'on voit dans l'ombre du triangle précédemment observé des dépôts de lipiodol en forme de grains de raisins.

2, 4, 9 avril. — Injection de vaccin de Minet. Un essai de pneumothorax est tenté et ne réussit pas.

13 avril 1927. — La malade a un très bon état général ; elle ne souffre plus de son point de côté, tousse moins, crache toujours un peu (4 à 5 crachats par jour).

A l'examen. Côté droit. Matité haute de 3 travers de doigts à la base. Diminution du murmure vésiculaire à ce niveau. Pas de râles, pas de bronchophonie.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. le D^r Gendron.)

Mme D., âgée de 52 ans, professeur de musique. Elle jouissait d'une bonne santé, seulement, très maigre, elle était atteinte de ptose abdominale.

Souffrant de la gorge depuis deux ou trois jours, le 23 octobre 1925, elle est prise après son dîner de fièvre intense (39° axillaire). Dans la nuit, elle vomit deux fois et commence à tousser. Au bout d'une dizaine de jours, la température redevient normale et la maladie se terminera dans l'apyrexie. La malade se lève, mais garde la chambre en raison de la toux qui persiste opiniâtrément. Un confrère ne trouve rien à l'auscultation et porte le diagnostic de grippe simple. Cependant la malade continue à tousser sans arrêts, et commence à expectorer des crachats épais et jaunes, dont le taux quotidien va se stabiliser aux environs de vingt unités.

A plusieurs reprises, notamment les 9, 10, 11, 26 et 27 novembre, le 20 décembre et le 4 janvier 1926, en plus des expectorations purulentes habituelles, la malade rend quelques crachats rouges rutilants qui deviennent les jours suivants noirâtres, puis bruns. Le confrère qui suit avec soin cette malade ne trouve à l'auscultation un foyer pulmonaire que dans les derniers jours de décembre. Deux examens de crachats faits le 1^{er} et le 8 janvier ne montrent pas de bacilles de Koch.

Nous voyons cette malade chez elle le 13 janvier. Très affaiblie, elle est d'une maigreur impressionnante (40 kgr.).

Elle tousse presque continuellement et expectore chaque jour une vingtaine de gros crachats purulents jaunes verdâtres assez diffluent. On ne peut se défendre au premier abord de l'idée de tuberculose pulmonaire, mais elle est apyrétique, et les deux examens de crachats pratiqués quelques jours avant montrent l'absence des bacilles de Koch qu'on était en droit de trouver dans une expectoration tuberculeuse de cette abondance.

L'auscultation de la base gauche près de la colonne vertébrale fait entendre sur la largeur d'une paume de main un souffle bronchique intense et de la pectoriloquie aphone. Il n'existe pas de râles.

A l'examen radioscopique, le 26 janvier on découvre une ombre typique de pleurésie médiastine gauche, ombre qui a la forme d'un triangle rectangle dont l'hypothénuse, supéro-externe, est parallèle à l'ombre du bord gauche du cœur, un peu en dehors de celui-ci. A l'examen oblique, cette ombre se sépare nettement de celle du cœur.

Du 1^{er} au 25 février, la malade reçoit dix piqûres de 1 centimètre cube de broncho-vaccin Carrion contenant 5 milliards de pneumocoques, pneumobacilles de Friedlander, tétragène, streptocoques et staphylocoques.

Elle revient nous voir le 13 mars. Elle n'a plus que deux ou trois expectorations glaireuses qu'elle compare à du blanc d'œuf. Son état général est très amélioré. Elle a gagné 2 kilogrammes.

On entend encore quelques râles sous-crépitaux au niveau de l'ancien foyer. La respiration et la sonorité sont normales, ainsi que l'image radiologique. Il n'y a plus d'opacité triangulaire médiastinale.

Nous la revoyons le 14 mars 1927, en parfaite santé. Elle n'a pas toussé de l'hiver. Elle pèse 43 kilogrammes, chiffre convenable étant donnée sa maigreur habituelle antérieure à sa maladie. Il est à noter que cette malade est hypertendue. En juin 1926 son médecin trouve comme maxima 17 1/2. En janvier 1927 nous trouvons Mx : 19 et Mn : 10 et en mars 1927 Mx : 22, Mn : 13, sans albumine dans les urines.

Chez cette malade, qui est actuellement guérie, l'on n'a pas fait d'injection de lipiodol. Néanmoins l'histoire de la maladie est bien celle d'une dilatation des bronches, et permet de la joindre aux précédentes.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. le Dr Gendron.)

Mlle C..., âgée de 6 ans, a fait en février 1925, il y a onze mois, une coqueluche qui se complique à son décours d'une rougeole et de bronchopneumonie. Elle tousse depuis cette date avec des quintes fréquentes, surtout le matin. Elle expectore, et le nombre de ses crachats va en croissant jusqu'à 30 ou 40 unités en vingt-quatre heures. Ces crachats sont la plupart épais et verdâtres, les autres sont blancs et glaireux. A deux reprises elle eut des hémoptysies de faible abondance se caractérisant par l'émission de 5 ou 6 crachats rouges rutilants.

Elle nous est amenée le 26 janvier 1926, soit onze mois après le début de sa maladie. L'état général est médiocre et l'appétit diminue. La température rectale oscille autour de 37°7 à 38 degrés. Le poids est de 16 kgr. 800. Nous consta-

tons à la base droite près de la colonne vertébrale une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire. Pas de râles ni de souffle. L'examen à l'écran montre une ombre triangulaire typique de pleurésie médiastine droite postérieure. Les mouvements du diaphragme ne sont pas limités. Les champs pulmonaires sont parfaitement normaux. Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch. Cuti-réaction fortement positive.

Nous ordonnons une injection tous les trois jours de bronchovaccins Carrion contenant 5 milliards de pneumocoques Friedlander, tétragène, streptocoques et staphylocoques.

Le 18 septembre, à la suite de douze injections de bronchovaccin, l'amélioration est considérable. L'enfant crache à peine, tousse peu, et nous constatons une diminution très notable de l'ombre triangulaire. Le poids est de 17 kilogrammes.

Douze nouvelles injections sont faites. La toux, l'expectoration, la fébricule disparaissent et la guérison clinique de l'affection pulmonaire peut être tenue pour complète à la fin d'octobre.

Cette enfant nous est ramenée le 8 mars 1927 pour un fait nouveau. Depuis novembre, elle présente une tuméfaction douloureuse du cou-de-pied droit qui semble bien être une tumeur blanche. Son père en effet est tuberculeux cavitaires, ayant de nombreux crachats bacillifères depuis le début de 1925 et l'enfant présentait déjà à sa première visite de janvier 1926 une cuti-réaction à la tuberculine très fortement positive.

Elle a pris du poids et pèse 20 kgr. 200.

Mais son état pulmonaire qui nous intéresse particulière-

ment est parfait. Elle a passé l'hiver sans tousser. L'auscultation ne révèle rien d'insolite. L'examen radioscopique pour un observateur non prévenu serait normal aussi. A peine voit-on à la base droite des ramifications broncho-vasculaires à la place de l'ancien triangle opaque.

L'enfant a eu vraisemblablement une dilatation des bronches, dans la formation de laquelle la tuberculose a joué peut-être un rôle.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. le D^r Gendron.)

B... Marie, âgée de 6 ans, fit à 18 mois une bronchopneumonie, puis une coqueluche à la suite de laquelle s'établit une toux persistante. L'enfant eut ensuite la rougeole.

En ce moment l'enfant tousse par quintes et vomit quelquefois ; elle émet aussi des crachats épais et verts, plus ceux qu'elle déglutit et qu'on voit dans ses vomissements à la suite de quintes de toux. Elle n'a pas de fièvre, assez bon état général. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. L'examen pratiqué par le D^r Ballet révèle une flore microbienne complexe sans prédominance d'un germe.

En l'examinant le 26 février 1926 nous trouvons à la base gauche un souffle cavitaire et du gargouillement près de la colonne vertébrale. A l'examen radioscopique on voit une ombre triangulaire rétro-cardiaque, n'empêchant pas la mobilité du diaphragme. Cependant le cul-de-sac costo-diaphragmatique correspondant est un peu moins mobile que celui de droite. L'enfant pesait 17 kgr. 600.

En mars et en avril elle reçut 11 injections de broncho-vaccin.

Nous la revoyons le 1^{er} mai 1926. L'enfant crache moitié moins, n'a plus que quelques quintes de toux rarement émétisantes. A l'examen nous trouvons, toujours net, un souffle à timbre tubaire. Les râles sont moins nombreux, le diaphragme bien mobile. Elle pèse 17 kgr. 800.

Le 29 juin 1926, l'enfant tousse de moins en moins. Elle crache moins et a seulement une ou deux quintes émétisantes par mois. A l'examen on retrouve le même souffle tubaire, les mêmes râles, mais l'ombre radiologique est beaucoup moins opaque que le 1^{er} mai.

Le souffle cavitaire que nous avons observé le 26 février 1926 venait vraisemblablement d'une bronchiectasie. L'examen au lipiodol n'a pas été fait.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le Dr Gendron.)

G... Marie-Josèphe, 13 ans, tousse depuis l'âge de 3 ans. Elle n'a jamais craché.

Nous la voyons pour la première fois le 18 mai 1925. A l'examen, nous trouvons à la base gauche, en arrière, de la matité et un souffle cavitaire accompagné de gargouillements. A l'écran, nous voyons une zone d'ombre triangulaire paravertébrale gauche, inscrite dans l'ombre cardiaque. Nous ordonnons douze piqûres de broncho-vaccin Carrion.

Le 11 juillet 1925, nous notons une atténuation considérable des signes d'auscultation ; l'enfant a pris 1 kgr. 500 et pèse

24 kgr. 500. Nous conseillons 12 nouvelles piqûres de broncho-vaccin.

Le 13 novembre 1925, l'enfant a enrhumé depuis quelques jours et présente des râles disséminés de bronchite dans les deux poumons. Mais malgré cet incident, elle est cliniquement guérie de sa maladie antérieure. Elle pèse 25 kilogrammes.

Dans ce cas également il est probable que les signes d'auscultation étaient symptomatiques d'une dilatation des bronches.

PRONOSTIC

Le pronostic est celui de la dilatation des bronches et nous le rappellerons brièvement. Suivant l'expression de M. Flurin, la guérison « est, à la rigueur, possible », par rapprochement des parois, ou pétrification du contenu de la dilatation. Le plus souvent, s'il n'est pas traité, le malade vit avec sa maladie, s'affaiblissant lentement, et aboutissant, dans un temps plus ou moins rapproché à la cachexie.

Mais le plus souvent une maladie intercurrente survient, se greffant sur la lésion et hâtant la fin du malade. Ce sont surtout la gangrène pulmonaire, qui, survenant chez un sujet en état de moindre résistance, a un pronostic très sombre, la pneumonie ou la broncho-pneumonie, la pyohémie. Enfin, souvent l'emphysème s'installe peu à peu et amène lentement une insuffisance fonctionnelle du cœur droit.



FIG. I. — Observation VIII



FIG. II. — Observation IX.

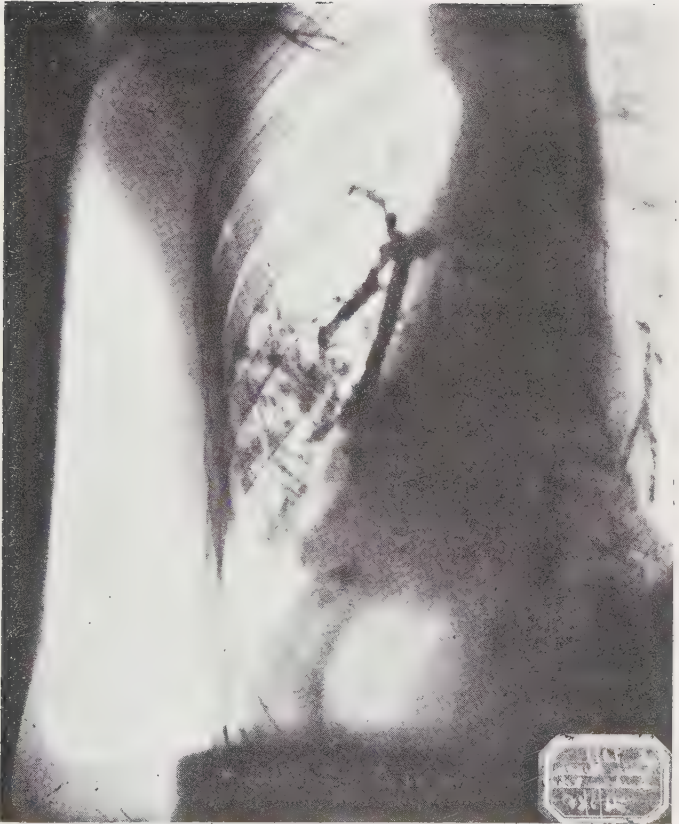


FIG. III. — Observation X.

TRAITEMENT

Le traitement de ces malades peut être médical ou chirurgical, ce dernier n'intervenant que si les moyens médicaux échouent.

Il faut tout d'abord remarquer que l'injection intra-trachéale de lipiodol exerce sur les malades chez qui il est employé une action toute favorable. M. Rist et ses collaborateurs avaient déjà signalé ce fait. Chez nos malades, l'action favorable de l'huile iodée se manifesta également par une diminution sensible de l'abondance de l'expectoration.

L'on pourra mettre en œuvre la vaccinothérapie et la sérothérapie. Cette dernière s'adressera surtout aux accidents aigus et sera polyvalente ; l'on emploiera surtout les sérums antipneumococciques et les sérums antigangréneux, suivant la flore révélée dans l'expectoration par l'examen bactériologique. Pour la vaccinothérapie, un vaccin polyvalent est indispensable. Le broncho-vaccin du Pr Minet répond à ce besoin, et semble le mieux adapté à la circonstance. Grâce à lui l'on obtient la disparition de la fébricule qu'ont les malades pendant la phase chronique de leur maladie, et une diminution notable, sinon la sédation complète, de la toux et de l'expectoration.

Mais le traitement doit chercher à obtenir quelque chose de plus : l'effacement de la cavité bronchique, que l'on peut réaliser au moyen du pneumothorax artificiel. MM. Jacquerot et Gérardt (de Leysin) proposèrent les premiers ce traitement de la dilatation des bronches, et MM. Rist et P. Emile Weil en confirmèrent les résultats à la Société médicale des Hôpitaux. Par ce moyen l'on arrive à collaber le poumon ; naturellement ce dernier reste adhérent au niveau de la pleurésie médiastine. Néanmoins le collapsus obtenu semble suffisant.

Cependant il est souvent difficile de décoller le poumon par suite de la participation de la plèvre de la grande cavité à l'inflammation. C'est alors que le traitement chirurgical entre en jeu avec la phrénicotomie du côté malade. L'ascension du diaphragme et son immobilité ont une influence favorable sur la marche des lésions.

La pneumotomie, tentée par Roswell Park, Tuffier et Delbet, n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre.

CONCLUSIONS

Il existe deux formes de pleurésie médiastine postérieure : la forme avec épanchement séreux ou purulent et la forme adhésive et sèche.

La pleurésie avec épanchement reconnaît d'ordinaire comme cause :

1° Une affection aiguë du poumon : broncho-pneumonie, pneumonie, gangrène ou tuberculose ;

2° Une tumeur maligne du poumon ;

3° Une affection du péricarde ;

4° Une altération des ganglions trachéo-bronchiques ;

5° Même une affection des parois thoraciques (côte ou sternum).

La pleurésie adhésive peut reconnaître les mêmes causes, pourtant il faut noter que la tuberculose ne joue qu'un rôle infime dans l'étiologie de la pleurésie médiastine alors que cette affection est fréquemment la cause de la pleurésie interlobaire. L'étiologie de la pleurésie médiastine postérieure sèche restait obscure dans un grand nombre de cas avant que MM. Rist, Jacob et Trocmé nous aient appris qu'elle était fréquemment symptomatique d'une dilatation des bronches.

La thérapeutique doit donc viser la dilatation des

bronches qui est la cause de l'expectoration purulente et négliger la pleurésie médiastine qui n'est qu'une réaction secondaire de voisinage. Le pneumothorax doit être tenté dès que le diagnostic est établi par l'épreuve du lipiodol. En cas d'échec, par suite de symphyse pleurale, la phrénicotomie est indiquée si la maladie constitue une infirmité trop gênante.

Vu : bon à imprimer :
Le Président de la thèse,

E. SERGENT.

Vu : Le Doyen de la Faculté,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Chauffard (A.)*. — Les pleurésies séreuses médiastines (Presse médicale, 1902).
- Devic (E.) et Savy (P.)*. — Les pleurésies médiastines (Revue de Médecine, 1910, t. XXX).
- Courcoux*. — Pleurésies (Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquées, 1922).
- Flurin*. — Maladies de la trachée et des bronches (Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquées, 1922).
- Cottenot*. — Radiologie (Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée).
- Guinon (L.) et Levesque (J.)*. — A propos des adénopathies trachéobronchiques chroniques non tuberculeuses. Images radiologiques des séquelles des maladies aiguës des voies respiratoires (Arch. de Médecine des Enfants, t. XXVIII, n° 8, août 1925).
- Rist, Jacob et Trocmé*. — Pleurésie médiastine et bronchiectasie (Annales de Médecine, t. XXI, n° 2, février 1927).
- Sergent (Emile) et Bordet (Francis)*. — La dilatation des bronches simulant la pleurésie médiastine (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, séance du 27 mai 1927).

